

ปาฐกถาพิเศษเรื่อง

ระบบสุขภาพไทย : มุมมองของราษฎรเต็มขั้น

โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

ในการประชุมใหญ่ประจำปี ชมรมแพทย์ชนบท

ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต

วันพฤหัสบดีที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2556

เกริ่นนำ

ผมได้รับการติดต่อให้แสดงปาฐกถาพิเศษเรื่องนี้ในเวลา ก่อนช่วงกระช้าน โดยกำหนดเวลาให้พูดถึงหนึ่งชั่วโมงครึ่ง จึง เป็นงานที่ค่อนข้างท้าทาย แต่ผมก็น้อมรับด้วยความยินดี เพราะถือเป็นการให้เกียรติจากองค์กรที่มีเกียรติยศอย่าง ชมรมแพทย์ชนบท และยังเป็นการแสดงความไว้วางใจต่อ ผมซึ่งพ้นจากตำแหน่งหน้าที่ราชการในกระทรวงสาธารณสุข ไปเป็นเวลากว่าห้าปีแล้ว นอกจากนี้หัวข้อที่ตั้งไว้น่าสนใจ อย่างยิ่ง ผมขอเสนอมุมมองในฐานะของ “ราษฎร” เต็มขั้น โดยเชื่อมโยงจากประสบการณ์ตรงของตนเองตามลำดับจาก อดีตถึงปัจจุบันและต่อไปในอนาคต

ย้อนอดีต

ปีนี้ผมอายุ 65 ปีเต็ม และกำลังจะครบ 66 ปี ในอีกเดือนเศษข้างหน้า อันที่จริงช่วงเวลาเท่านั้นว่าสั้นมาก ดังคำกล่าว ของฮิปโปเครติส บิดาแห่งการแพทย์ของโลกตะวันตกที่ว่า “ชีวิตนี้สั้น ศิลปะนั้นยืนยาว” (Ars longa, vita brevis) แต่ เพียงหกสิบกว่าปีผมก็ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ ของประเทศไทยมากมาย

ผมเกิดในชุมชนชนบทเล็กๆ ตรงรอยต่อระหว่างอำเภอ บ้านนากับอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ซึ่งที่จริงก็เป็น จังหวัดภาคกลาง ห่างกรุงเทพฯ เพียงร้อยกิโลเมตรเศษเท่านั้น

และบ้านผมยังเป็นห้องแถวอยู่ริมถนนยุทธศาสตร์ คือถนน สุวรรณนคร ซึ่งเชื่อมจากถนนพหลโยธินไปยังภาคตะวันออก ของประเทศจนจรดชายแดนด้านกัมพูชา คืออำเภออรัญประเทศ แต่บ้านผมก็เป็นชนบทชนานแท้ จนผมเรียนจบแพทย์ที่ศิริ ราชแล้วก็ยังไม่มีไฟฟ้าและน้ำประปา ผมจึงต้องใช้ตะเกียง ตั้ง ตะเกียงน้ำมันก๊าดดวงเล็กๆ จนถึงตะเกียงรั้ว ตะเกียงลาน และตะเกียงเจ้าพายุ น้ำก็ใช้น้ำบ่อในหน้าแล้ง พอหน้าน้ำก็ใช้น้ำคลอง แต่โชคดีที่ได้ดื่มน้ำฝน ซึ่งที่บ้านผมสะสมโอ่งน้ำทั้ง โอ่งดินเผาธรรมดา และ “โอ่งมังกร” เก็บน้ำฝนไว้ดื่มได้ตลอด ปี เมื่อไปเรียนหนังสือในโรงเรียนวัดที่อยู่ห่างบ้านไป 1.5 ก.ม. ก็นำน้ำฝนใส่ขวดไปกินด้วย เพราะที่โรงเรียนมีแต่น้ำขุ่นๆ ที่ ภากรโรงเรียนมาจากบ่อใส่โอ่งให้เด็กนักเรียนดื่มกิน นอกจากนี้ พ่อแม่ผมเป็นคนเชื่อสายจีน นิยมกินอาหารที่ปรุงสุกและรส ไม่จัด ตอนเด็กๆผมจึงไม่มีใครมีปัญหาท้องร่วงท้องเสียเท่าไรนัก

ผมโชคดีที่พ่อแม่เอาใจใส่เลี้ยงดูโดยให้ความสนใจเรื่อง สุขลักษณะตามสมควร ได้กินอิ่มนอนอุ่น กินอาหารครบสามมื้อ กลางคืนถ้าดูหนังสือหรือทำการบ้านดึกยังมีข้าวต้มให้กิน ทุก เย็นจะได้อาบน้ำและใส่รองเท้ายางเพื่อไม่ให้เท้าสกปรก แม้ ภาระนั้น ผมก็ยังจำได้ว่า บางครั้งถ่ายออกมาเห็นพยาธิเส้นด้าย ชูหัวย้วยเยี้ย และบางครั้งถ่ายพยาธิไส้เดือนตัวยาวเกือบคอก ออกมาด้วย

ผมไม่ทราบเลยว่า เพื่อนผมสมัยเรียนชั้นประถมหลาย

คนได้กินข้าวไม่ครบสามมื้อ ที่ขึ้นไปเรียนชั้นมัธยมก็มีไม่น้อย ที่มีปัญหาคล้ายกัน ผมเพิ่งทราบจนเมื่อเวลาผ่านไปกว่าสามสิบปีแล้วว่า ดร.ไสว บุญมา เพื่อนเรียนสมัยมัธยมกับผม บางวันต้องใช้ “น้ำลูบท้อง” เท่านั้น ไม่ได้กินข้าวเลยทั้งวัน กลับบ้านไปก็ไม่มีกินอีก ไสวเพิ่งมาเล่าเรื่องนี้เมื่อเขียน “จดหมายจากบ้านนา” หลังเออร์ลิสร็ทร์จากธนาคารโลกเมื่ออายุ 50

ต่อมาเมื่อผมเข้าเรียนในคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาฯ ผมมาทราบภายหลังว่า เพื่อนผมบางคนมาเรียนหนังสือโดยไม่ได้กินข้าวเช้า กลางวันก็ไม่มีเงินซื้อกิน และทั้งขามาขากลับ เขาต้องเดินเป็นหนทางไกลมาก เพราะไม่มีแม่แต่คาร์เธลล์ โดยเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง

แม่ผมเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองจนน้ำนมแห้งเมื่อแม่ตั้งท้องน้องคนต่อไป แม่ผมจึงมีลูกไม่ถึนั้ก และผมก็ได้ดื่ม น้ำนมที่กลั่นจาก “เลือดในอกแม่” ทำให้ได้ภูมิต้านทานและได้สารอาหารตามสมควรมาตั้งแต่ยังแบเบาะ

สมัยนั้น ไม่มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรค พี่ชายคนโตของผมจึงตายจากโรคคอตีบเมื่ออายุได้ราว 3 ขวบ และน้องสาวผมคนหนึ่งก็ตายจากโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดเมื่ออายุได้ 7 วัน เพื่อนผมคนหนึ่งเป็นโรคลมบ้าหมู ไม่เคยได้รับการรักษา และเป็นลมจมน้ำตายขณะไปยกยอหาปลาตอนสายวันหนึ่ง เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสาว เพื่อนบ้านอีกคนหนึ่งเป็นคนกรุงเทพฯ เรียนอยู่ในโรงเรียนฤทธิยะวรรณาลัย ตอนเมือง กลับไปอยู่กับญาติตอนปิดเทอมใหญ่ ถูกงูกัดตายไปโดยไม่ได้ไปรักษาที่ไหน เวลาใครถูกหมากัด ก็จะไปให้ “ตาบัว” ซึ่งเป็นเจ้าของห้องแถว “เหยียบยบ” ถอนพิษให้ ถ้าเป็นหมาบ้ากัดก็คงตายในเวลาต่อมา เมื่อเป็นคางทูมก็ไปให้คนเกิดปีเสือ “เขียนเสือ” คือเขียนอักษรจีนคำว่าเลือดทรงบริเวณคางที่ทุม

ผมเคยไปทุ่งนาหาจิ้งหรีดมาเล่น โดน “อะไร” ไม่รู้กัดผมหน้าซัดกลับบ้านไปบอกแม่ สงสัยว่าเป็นงูกัด และคิดว่าคง “ถึงคราวตาย” แล้ว ไม่เคยคิดว่าจะมีระบบบริการสุขภาพใดๆ ช่วยชีวิตไว้ได้ แม่ก็ใจคอไม่ดี สไลให้ผมกลับไปดูว่าอะไรกัดแน่ ตอนถูกกัดผมตกใจแต่ยังมีสติเอาไม้ปักไว้ตรงบริเวณนั้น เมื่อกลับ ไปงัดก่อนห็นดู ก็เห็นแมงป่องจึงดีใจได้ว่าไม่ตายแล้ว

ในหมู่บ้านเล็กๆนั้น มี “คนบ้า” อยู่ 3 คน สองคนเป็นผู้หญิง คนหนึ่งเป็นเมีย “น้ำหอม” นอนชมอยู่แต่ในบ้าน บ่ายแก่ๆบางวันจะได้ยินเสียง “น้ำหอม” ทำพิธี “ไล่ผี” และเสียงผู้หญิงร้องครวญครางโหยหวน ต่อมาไม่ช้า “น้ำเล็ก” เมียน้ำหอมก็ตายจากไป อีกคนเป็นเมีย “แจ้จ้วน” ถูก “จำกัดบริเวณ” อยู่แต่หลังบ้าน โดยการแก้วไว้ ไม่ให้ออกไปไหน ผมกับเพื่อนๆเคยไปแอบดูตามร่องกระดานพื้นบ้านหรือรอยแตกข้างฝาบ้านเห็นแก่งังฟิงผา “ตาขวาง” อีกคนคือ “ครูจวบ” เป็นช่างกลึงหินอ่อน สามารถทำถ้วย ทำแท่นหมึกจีน ทำดินสอหินสำหรับเขียนกระดานชนวนและทำรูปสัตว์ต่างๆ แต่ “วันดีคืนดี” จะเห็นครูจวบสบถคำหยาบด่าคน และข้างฝาบ้านก็มีรอยเขียนด่าคนไว้เประอะไปหมด ทั้งสามคนไม่มีใครได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน

ที่บ้านผมนอกจากชายของเบ็ดเตล็ดแล้ว ยังเป็น “ร้านขายยาประเภท ค” คือ ยาสำเร็จรูป ทั้งยาไทยยาจีน เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย แม่มักจะชง “ยาเขียว” ให้กิน ซึ่งโดยมากก็หาย บางครั้งก็ “กวาดยา” ให้ ถ้าไม่หายแม่จะพาไปให้ “น้ำหอม” กวาดให้ แม่บอกว่า น้ำหอมนี้ยาวกว่า กวาดได้ลึกถึงต้นตอโรค บางครั้งยาไทย “เอาไม่อยู่” เตี่ยผมจะจ่ายจันรักษาให้ ถ้ายังไม่หายก็จะพาไปให้ “แป๊ะเล่าหยี่” หมอจีนในตลาด ในตัวอำเภอบ้านนา แม่ซื้อมือ แล้วเจียดยาเป็นหอมมาต้มให้กิน รสชาติมีกขมเข้าตำรา “ขมเป็นยา” โดยแท้

เตี่ยผมประสบอุบัติเหตุขาอ่อนบนหักช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง ต้องนอนชมรักษาตัวอยู่แต่ในบ้านราว 3 ปี จึงเดินได้ โดยกลายเป็นคนขาเป็ดตลอดชีวิต ต่อมาตจกักรยานขาหักซ้ำอีก คราวนี้เข้าใจว่าเกิดติดเชื้อในกระดูกเรื้อรัง (Chronic Osteomyelitis) รักษาไม่หาย มีแผลน้ำเหลืองไหลจนตายจากไปเมื่ออายุได้ 83 ปี

แม่ผมเคยแทงลูก ตกเลือดจนซ็อก ดีที่ตัดสินใจไปโรงพยาบาลจังหวัดทันที “หมอสงบ” ชูดมดลูกให้จนรอดตายและอยู่มาได้จนตายจากไปเมื่ออายุเกือบ 85 ปี ตอนที่ตกเลือดอยู่ที่บ้าน ก็ลังเลอยู่ว่าจะเข้าโรงพยาบาลดีไหม เพราะคิดว่าจะ “หายเอง” และกลัวต้องเสียเงินมาก

สมัยนั้น เมื่อชาวบ้านเจ็บป่วย มักไม่ยอมเข้าโรงพยาบาล



เพราะบริการไม่เป็นมิตรและผลการรักษาที่ยังไม่ดีนัก ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลนอกจากต้องทนสภาพที่ไม่น่าอภิรมย์ต่างๆแล้วที่ตายไปก็มาก จนโรงพยาบาลถูกชาวบ้านเรียกว่า “โรงฆ่าสัตว์” เป็นประจำจนคึกคัก และคนฟังโดยมากก็มักมี “อารมณ์ร่วม” ด้วยเพื่อหลีกเลี่ยงสภาพ “ยถากรรม” เช่นนั้น คนโดยมากจึงอยากให้ลูกหลานที่เรียนหนังสือเก่งได้เรียนหมอ จะได้ “พึ่งพา” ได้ ผมเองก็เช่นกัน ญาติพี่น้องหลายคนพูดกรอกหูผมว่าต้องเรียนเป็นหมอให้ได้ โชคดีที่ผมไม่ทำให้ญาติพี่น้องผิดหวัง

ความจริงผมเกือบทำให้ญาติพี่น้อง “ฝันสลาย” ในเรื่องนี้เพราะตอนเรียนจบ ม. 6 จากต่างจังหวัด (สมัยนี้คือ ม. 4) ผมมุ่งมาสอบเข้าเรียนต่อที่โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ตอนนั้นสนามสอบคือที่ตึกคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต้องสอบทั้งหมดสองวัน สอบเสร็จวันแรก ผมกลับไปพักบ้านญาติ นอน “หมดแรง” เพราะทำข้อสอบไม่มีใครได้ เนื่องจากข้อสอบยากมาก ไม่เหมือนตอนเรียนอยู่ต่างจังหวัด ข้อสอบก็ข้อๆทำได้สบายๆ ตอนจบ ม. 6 ผมสอบได้ถึง 94% แต่ข้อสอบเข้าเตรียมอุดม “หิน” มาก ขณะกำลังนอน “เฝียวยาอารมณ์ความรู้สึก” อยู่ ก็ทราบว่าจะมีสอบกลับบ้านไปสอบชิงทุนไปเรียนครูแทน เพราะถ้าเรียนแพทย์ต้องเรียนอีก 6 ปี เป็นแพทย์ฝึกหัดอีก 1 ปี คงไม่มีปัญญา “ส่งเสีย” แต่ถ้าเลือกไปเรียนครู เรียนเพียง 2 ปีเท่านั้นก็ออกไปเป็นครูมีเงินเดือนกิน และยังมีหวังจะได้ทุนการศึกษาด้วย

โชคดีญาติพี่น้องผมไม่ยอม วันรุ่งขึ้นผมจึงได้ไปสอบวันที่สองโดยไม่มีความหวังว่าจะสอบ “ติด” เพราะทำข้อสอบไม่มีใครได้เหมือนเดิม แต่พอวันประกาศผลสอบปรากฏว่าสอบติดเรียนจนจบเตรียมอุดมแล้วสอบเข้าคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาฯ ได้ จบปี 2 ก็ “ข้ามฟาก ไปศิริราช” และใช้เวลาเรียนสำเร็จภายใน 4 ปี ไม่เคยสอบตกเลย

ระหว่างเรียนหนังสือ ผมมีโอกาสดำเนินการรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นครั้งแรกในชีวิตเมื่อเรียนอยู่ปลายปีที่ 1 ที่คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาฯ วันนั้นผมร่วมจัดกิจกรรมได้วาทีของคณะฯ แล้วเกิดปวดท้องมาก ต้องไปพบแพทย์ที่ห้องพยาบาลของจุฬาฯ ได้ยามากินก็หาย ตอนเรียนอยู่ชั้นปีที่ 3 ที่ศิริราช มีอาการปวดท้องตอนดึก ไปพบ “แพทย์ประจำบ้าน”

ให้ยามากิน ไม่หาย ไปอีกรอบตอนเช้ามีดจึงพบว่าไส้ติ่งอักเสบได้รับการผ่าตัดเป็นที่เรียบร้อย ไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ จนบัดนี้ นับว่าผมโชคดีกว่าพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่ทรงผ่าตัดไส้ติ่งแล้ว ต่อมาเกิด “ไส้เลื่อน” ที่รอยแผลเป็น จนไส้เลื่อนออกมาจริงๆ แล้วเกิดแกงกรีน (gangrene) จนสวรรคต

โรคภัยไข้เจ็บช่วงทศวรรษ 2510

ผมข้ามฟากไปเรียนที่ศิริราช เมื่อปี 2509 สภาพของศิริราชเวลานั้นผู้ป่วยแออัดยัดเยียดมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ตึกผู้ป่วยนอก รึมน้ำ ผู้ป่วยเบียดเสียดกันแน่นราวกับในงานเทศกาล ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยนอกจากไม่หายจากโรคของตัวเองแล้ว คงรับโรคใหม่ๆจากผู้ป่วยคนอื่นแถมไปด้วย

สมัยนั้น โรคติดเชื้อมีมาก ตอนขึ้นไปวอร์ดเด็ก พบผู้ป่วยเจาะคอจากโรคคอตีบ ญาติรุ่นเดียวกับผมป่วยเป็นวัณโรค ไอเป็นเลือด ก็ยังมานอนอยู่กลางวอร์ดอายุรกรรม และในที่สุดก็เสียชีวิตไป เพราะสมัยนั้นยังไม่มี “ยาดีๆ” อย่างเช่นปัจจุบัน เตี้ยของญาติผมคนนี้ ก็ตายจากวัณโรคตั้งแต่ยังหนุ่ม ลูก 5 คนยังเล็กๆทั้งนั้น

เมื่อจบแพทย์จากศิริราช ผมตัดสินใจไปเป็นอินทรีนที่โคราช ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลใหญ่ในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข และมี “มาตรฐาน” ถึงขั้นรับฝึกอินทรีนได้ แต่เวลานั้นมีแพทย์ประจำราว 20 คนเท่านั้น ผู้ป่วยก็มากมายจนล้น ภาพที่ผมสะท้อนใจมาก คือ ไนวอร์ดผู้ป่วยหลังคลอด บางเตียงนอนกันถึง 4 คน แม่สองลูกสอง แม่นอนตะแคงที่ใกล้ขอบเตียงคนละข้าง หันหัวไปคนละทาง ให้ลูก 2 คนนอนดูคนนอนอยู่ตรงกลาง

ตอนเทิร์นไปอยู่แผนกเด็ก ออกโอพีตีเจอผู้ป่วยไอกรนมากมาย ทามพ่อแม่เด็กบอกว่าไอกันหมดทั้งหมู่บ้าน พอเริ่มไอลากหัวบ้านก็ไอรอบกันจนถึงท้ายบ้าน

วันหนึ่งออกโอพีตีกับพี่วรินทร์ พิไชยแพทย์ ซึ่งเป็นกุมารแพทย์ มีแม่อุ้มลูกอายุ 7 วันมาบอกว่าลูกไม่ยอมดูดนม พี่วรินทร์วินิจฉัยทันทีว่าเป็น “บาดทะยักในเด็กแรกเกิด” ซึ่งถูก “เพะ” เลย เปิดดูสะดือเฝ้า เหม็น ประวัติคลอดที่บ้าน หมอตำแยใช้กาบหอยตัดสายสะดือ สมัยนั้นยังไม่มีวัคซีน

ป้องกันบาดเจ็บในหญิงตั้งครรภ์ โรคนี้พบบ่อยมาก จนกุมารแพทย์ดูปราดเดียวก็วินิจฉัยได้

โรคขาดอาหารพบมากมาย จนต่อมามีสปอตโฆษณาทางโทรทัศน์ของโครงการ “แต่น้องผู้หิวโหย” เพื่อรณรงค์แก้ปัญหาขาดสารอาหารในเด็ก สปอตชุดนี้ “โดน” ใจผู้คนมากมาย เพราะเป็นภาพเด็กร่างกายผอมโซกินดิน เด็กกินดินเพราะขาดสารอาหารและธรรมชาติสอนให้เด็กไปกินดินท้องนา โดยเฉพาะตามปลักควายที่ควายเกลือกตัวตอนน้ำในปลักใกล้แห้ง เมื่อน้ำแห้งดินก้นปลักจะละเอียดเพราะน้ำหนักควายที่เกลือกตัวพอโดนแดดแห้งจะร่อน เวลาเคี้ยวกินจะลื่นคอ ดินละเอียดช่วยแก้ท้องหิวได้ และแร่ธาตุบางอย่างในดินจะช่วยเด็กที่ขาดสารอาหารได้บางส่วน คนอีสานสมัยก่อน ผู้หญิงเวลาแพ่ท้องบางคนก็ออกไปหาดินท้องนามากินแก้แพ่ท้องเหมือนกัน

สมัยนั้น ในระดับอำเภอไม่ถึงครึ่งที่มีแพทย์ประจำอยู่ที่ “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” และเกือบร้อยทั้งร้อยจะมีแพทย์ประจำเพียงคนเดียว ที่มีสองคนดูเหมือนจะมีอยู่เพียงแห่งเดียวที่แก่งคอย สระบุรี คือ พี่ประชา และพี่ศุภนิย์ เอมอมร สองสามีภรรยา และหน่วยงานที่ดูแลสถานบริการระดับอำเภอ คือ กรมอนามัย ก็มีสภาพเป็นเสมือน “ลูกเมียน้อย” สามารถของบประมาณสร้าง “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” เพิ่มได้ปีละ 2 แห่งเท่านั้น คำนวณแล้วว่าจะสร้างครบทุกอำเภอ คงใช้เวลาราว 200 ปี

แพทย์ในสถานีอนามัยก็ขาดแคลนมาก จนต้องมีมาตรการทั้งจูงใจและบังคับ จูงใจคือการให้ทุนนักศึกษาแพทย์เรียกว่า “ทุนหมออนามัย” จบแล้วต้องไปอยู่สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ผู้รับทุน เช่น พี่อุเทน จารณศรี พี่มงคล ณ สงขลา เป็นต้น นอกจากนั้นยังจูงใจโดยการให้ “ค่าตอบแทนพิเศษ” ซึ่งต่อมาคือ “เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย” นั้นเอง ในส่วนของมาตรการบังคับ ก็คือการบังคับให้ต้อง “รับทุน” และ “ชดใช้ทุน” โดยเรียนจบแพทย์แล้วต้องออกไปทำงานชดใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปี มาตรการนี้ที่แรกบังคับเพียง 70% ต่อมา นักศึกษาแพทย์เรียกร้องความเป็นธรรมจนทำให้แพทย์ทุกคนต้องทำงานชดใช้ทุนทั้งหมด และแพทย์สภาสมัยนั้นก็ “ร่วมมือ” เพื่อแก้

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท โดยกำหนดว่าผู้ที่จะไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางจะต้องชดใช้ทุนโดยการทำงานเสียก่อน

การแก้ปัญหาที่ได้ผล

แม้ประเทศไทยจะไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาประเทศเท่าที่ควร กล่าวคือ เราเริ่มทำให้ประเทศ “ทันสมัย” พร้อมญี่ปุ่นในสมัยการปฏิรูปเมจิกับรัชกาลที่ 5 ของไทย ญี่ปุ่นสามารถพัฒนาจนขนาดเศรษฐกิจเคยโตเป็นอันดับสองของโลก เพิ่งถูกแซงตกไปเป็นที่สามโดยสาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อไม่นานมานี้ ต่อมาเราเริ่มสูญเสีย “พัฒนา” อีกครั้งหลังทศวรรษ 2500 ในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เรามีคู่แข่งคือเกาหลีใต้ สิงคโปร์และไต้หวัน แต่ขณะนี้ทั้งสามประเทศทิ้งเราไปไม่เห็นฝุ่นแล้ว มาเลเซียก็ไปไกลกว่าเรา ค่าเงินริงกิตสูงกว่าเงินบาทของเราสิบเท่า ข้อสำคัญการเมืองของเราอยู่ใน “วงจรวาทวิ” สลับกันระหว่างเผด็จการทหารและการเลือกตั้งที่ล้มเหลวมาตลอด ขณะนี้เรามีปัญหาคอร์รัปชั่นที่รุนแรงและเลวร้าย และเรายังมีปัญหาการแตกแยกของคนในสังคมอย่างรุนแรง รวมทั้งปัญหาสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ยังไม่เห็นความหวังว่าจะสงบ

อย่างไรก็ดี ในช่วง 50 ปี ที่ผ่านมา เราก็สามารถแก้ปัญหาและประสบความสำเร็จในหลายเรื่อง ได้แก่

1. เราสามารถรักษาสันติภาพโดยรวมไว้ได้โดยไม่เกิดสงครามกลางเมือง โดยเฉพาะนโยบาย 66 / 2523 ทำให้สามารถยุติการสู้รบของคนในชาติได้โดยพื้นฐาน ผู้เลือกเส้นทางการต่อสู้ด้วยอาวุธจำนวนมาก “ชานรับ” กลับมาเป็น “ผู้ร่วมพัฒนาชาติไทย” ทำให้เราสามารถแก้ปัญหาต่างๆของประเทศไปได้ไม่น้อย ผมหวังว่าเราจะสามารถแก้ปัญหาสามจังหวัดภาคใต้ได้ในอนาคตไม่ไกลนัก และข้อสำคัญหวังว่าเราจะยุติความแตกแยกของคนในชาติ หรืออย่างน้อยป้องกันความรุนแรงมิให้เกิดขึ้นได้

2. นโยบายวางแผนครอบครัว ซึ่งเริ่มประกาศนโยบาย “วางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ” เมื่อ พ.ศ. 2513 ทำให้เรามีประชากรราว 67 ล้านในปัจจุบัน เทียบกับฟิลิปปินส์ ซึ่งเคยมี



จำนวนประชากรใกล้เคียงกับเรา ขณะนี้เพิ่มเป็นเกือบร้อยล้าน เพราะศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกที่คนฟิลิปปินส์ส่วนใหญ่นับถือ ห้ามการคุมกำเนิดทำให้นโยบายวางแผนครอบครัวของเขาล้มเหลว

3. นโยบายการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนนหนทาง ไฟฟ้า ประปา และนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งด้านอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และธุรกิจบริการ ทำให้ประเทศ “เจริญ” ขึ้นมาก ขณะที่เราประสบความสำเร็จด้านนโยบายประชากร เราสามารถเพิ่มผลผลิตอาหารได้มาก ทำให้ปัญหาความยากจนโดยรวมลดลงมาก โรคจากความยากจน เช่น โรคขาดสารอาหารและโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค โรคท้องร่วง ลดลงมาก

4. “โครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค” (Expanded Programme on Immunization หรือ EPI) ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประสบความสำเร็จทำให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ลดลงมาก ใช้ทรัพยากรกวาดล้างสำเร็จ โปлиоไม่มีติดต่อกันหลายปีแล้ว แม้คอตีบจะกลับมาอีกก็ยังอยู่ในขอบเขตจำกัด

5. เราประสบความสำเร็จน่าพอใจในโครงการพัฒนาระบบบริการและโครงสร้างระบบบริหารโดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

5.1 โครงการตามนโยบาย “กระจายอำนาจตามเขต” (Decentralization by Regionalization) แบ่งประเทศเป็นเขตแล้วพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลจังหวัดขึ้นเป็น “โรงพยาบาลศูนย์” ตามแต่ละเขต เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลจังหวัดโดยรอบ ต่อมา มีการ “พัฒนาระบบบริการ” และระบบส่งต่อเชื่อมโยงกันเป็น “พวงบริการ” ตามนโยบาย “พบส.” และมีการสร้างความเข้มแข็งของเขตมาโดยลำดับ

5.2 มีการพัฒนาโครงสร้างการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2518 ทำให้เกิด “เอกภาพ” ในระดับจังหวัด และสามารถ “บูรณาการ” งานรักษาพยาบาลกับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าด้วยกันจนสำเร็จ นอกจากนี้ ยังมีมีการพัฒนาระบบการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข จนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่า กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำ

แผนพัฒนาสาธารณสุขได้ดีที่สุด

5.3 โครงการจัดสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ และสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบล เริ่มจากการประกาศให้มี “โรงพยาบาล” ทุกอำเภอในสมัยรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช และต่อมาทำต่อจนสำเร็จในสมัยศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วมาเป็นรัฐมนตรีสาธารณสุข(ดูเหมือนจะสมัยที่สาม) สามารถสร้างโรงพยาบาลจนครบทุกอำเภอ และสถานีอนามัยครบทุกตำบล ต่อมาโรงพยาบาลระดับอำเภอมีการพัฒนาขีดความสามารถจนหลายแห่งมีสถานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป และสถานีอนามัย มีการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบัน

6. มีการสร้าง “นวัตกรรม” การพัฒนาสุขภาพอย่างได้ผล จนเป็นที่ยอมรับและชื่นชมระดับสากล ได้แก่

6.1 การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำให้เกิด “องค์ความรู้” เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งขยายมิติของ “สุขภาพ” ให้เหมือนกับขององค์การอนามัยโลก ที่นิยามว่า “สุขภาพหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย ใจ และสังคม; ไม่เพียงปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น” (Health is a complete state of physical, mental, and social well-being; not merely the absence of disease or infirmity) และที่สำคัญคือ การจุดประกาย เชื่อมโยง ประสาน ให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ประชาสังคม เข้ามาร่วมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่จำกัดให้งานสร้างสุขภาพเป็นของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

6.3 การจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่ “ซื้อบริการ” สุขภาพ โดยการซื้อบริการดังกล่าว ต้องมุ่งให้มีทั้งความเสมอภาค คุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งที่ผ่านมา สปสช. สามารถทำงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างน่าชื่นชม จนสามารถขยายบริการเกินกว่าที่ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถทำได้ โดยใช้เงินน้อยกว่ากันมาก

6.4 การจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่ง

ชาติ ทำหน้าที่สานพลังสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้อย่างน่าชมเชย โดยสามารถนึกกำลังทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ขับเคลื่อนทั้งการสร้างนโยบายและผลักดันการปฏิบัติตามนโยบาย โดยยึดความหมายของสุขภาพแนวกว้าง เช่นเดียวกับขององค์การอนามัยโลก

6.5 การจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทำให้มีการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการต่างๆอย่างกว้างขวางและได้ผล เป็นที่ยอมรับทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ข้อสำคัญทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาโดยสมัครใจ และมีลักษณะเชิงรุกอย่างมีพลวัต

6.6 การจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สามารถแก้ปัญหาการบริการในยามฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในยามปกติและในภาวะที่เกิดภัยพิบัติ

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนางานด้านนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสังคมและสุขภาพ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ : SHI) และอื่นๆ

7. การพัฒนาระบบแพทย์เฉพาะทาง มีการพัฒนาระบบฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเริ่มจากการมุ่งเพื่อแก้ปัญหา “แพทย์ไปนอก” แต่ทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศมีการยกระดับขึ้นมาก เป็นที่ประจักษ์ชัดเจนมาตั้งแต่เมื่อครั้งที่กลุ่มที่โคราช แพทย์สามารถ “มุด” เข้าไปในอุโมงค์อันคับแคบ ทำการดมยาและผ่าตัดผู้ป่วยที่ติดอยู่ใต้ตึกออกมาจนรอดชีวิตได้ ปัจจุบันบริการการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยอย่างกว้างขวางจากหลายประเทศ

8. ระบบ “หมาเฝ้าบ้าน” เพื่อลดการรั่วไหลของเงินงบประมาณจากภาชีอากรของประชาชนให้ประโยชน์เกิดแก่ประชาชนมากที่สุด ซึ่ง “ชมรมแพทย์ชนบท” และ “ขบวนการแพทย์ชนบท” สามารถทำงานอย่างได้ผลมาแล้ว ที่โดดเด่นที่สุดคือการต่อสู้กรณีทุจริตยา 1,400 ล้าน และกรณีชัตขวาง “แผนชั่วร้าย” ในโครงการไทยเข้มแข็ง เป็นต้น

โดยภาพรวม นับว่าเราพัฒนามาได้ไกลมาก จนเป็นที่ชื่นชมในระดับสากลหลายเรื่อง ได้แก่

- ความสำเร็จในงานวางแผนครอบครัว
- ความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- ความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และกำลังขยายความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ โดยระบบหลักประกันของเราส่วนใหญ่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี ที่สำคัญคือประชาชนที่ต้อง “ล้มละลาย” หรือสิ้นเนื้อประดาตัวเพราะการเจ็บไข้ได้ป่วยลดน้อยลงมากแล้ว
- ความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ จนองค์การอนามัยโลกชื่นชมและขอให้ไทยเป็นผู้สนับสนุนงานด้านนี้แก่ประเทศต่างๆ และหลายประเทศได้ตั้งองค์กรลักษณะคล้ายคลึงกับ สสส. เพื่อทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพแล้ว
- ความสำเร็จในการพัฒนาบริการทางการแพทย์ จนเป็นที่ยอมรับของ “ลูกค้า” ในหลายประเทศ

ปัญหาในปัจจุบัน

ปัญหาใหญ่ๆของระบบสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน พอสรุปได้ ดังนี้

1. ปัญหาความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ ได้แก่

1.1 ความเหลื่อมล้ำระหว่าง เมืองหลวง-เมืองใหญ่ กับชนบท ในลักษณะตามคำพังเพยอีสานที่ว่า “ใหญ่ใหญ่ล้นไห้น้อยบ่เต็ม”

1.2 ความเหลื่อมล้ำระหว่างประชาชนที่มีสิทธิในกองทุนต่างๆ คือ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ-ประกันสังคม-และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ข้าราชการมีสิทธิเลือกได้ “ตามใจชอบ” ขณะที่อีกสองระบบถูกจำกัดสิทธิในการเลือก และ “ผู้ประกันตน” ยังต้อง “ร่วมจ่าย” ล่วงหน้าทุกเดือน

การจำกัดสิทธิในการเลือกมีเหตุผลเพื่อจำกัดการใช้บริการข้ามขั้นตอน แต่บ่อยครั้งกลายเป็นอุปสรรค เพิ่มภาระให้แก่ประชาชน และก่ออันตรายให้แก่ผู้ป่วย



1.3 ความเหลื่อมล้ำระหว่างบุคลากร “วิชาชีพ” กับประชาชนทั่วไป ทำให้เกิด “ช่องว่าง” และเกิดปัญหาความไม่ไว้วางใจ หรือไม่ไว้นั่นเชื่อใจระหว่างบุคลากรวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์กับผู้ป่วย แทนที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Good Doctor-Patient Relationship)

กรณีรพพยาบาลที่รัฐสภาไม่ยอมส่งผู้สื่อข่าวที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อเร็ว ๆ นี้ เป็นตัวอย่างที่ดีของการ “เลือกปฏิบัติ” และเกรงกลัวต่ออำนาจโดยยอมให้อำนาจมีอิทธิพลเหนือคุณธรรมจริยธรรมวิชาชีพ

2. ปัญหาคุณภาพของบริการ ดังตัวอย่างของจริงผู้ป่วยรายหนึ่งอายุ 79 ปี เป็นบิดาข้าราชการซึ่งเป็นผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขปวดท้อง ไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขตอนใต้ 3 วันศุกร์ ได้รับการตรวจและฉีดยาแก้ปวดให้สองเข็มแล้วให้กลับบ้าน บอกว่าถ้าไม่หายปวดให้กลับไปใหม่ รุ่งขึ้นบ่น 3 ปวดมากขึ้นจึงกลับไปโรงพยาบาลเดิม มีแพทย์ประจำบ้านมาดู แต่รอปรึกษาอาจารย์แพทย์จน 3 ทุ่ม จึงวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ จะต้องผ่าตัด แต่กว่าจะได้ผ่าตัดก็จนตี 3 พบว่าไส้ติ่งแตก ถ้าไส้ส่วนหนึ่งมีแก๊สกรีน ต้องตัดต่อลำไส้ และเปิดช่องระบายไว้ จนหนึ่งสัปดาห์ต่อมาจึงเย็บปิดแผล ผู้ป่วยมีปัญหาปัสสาวะไม่ออก เพราะต่อมลูกหมากโต ต้องสวน โรงพยาบาลให้กลับบ้านโดยยังมีปัญหาเรื่องปัสสาวะไม่ออก

ตอนแม่ผมป่วยหนัก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ต้องพบกับบริการที่ “เลวร้ายมาก” ผมไปเยี่ยมแม่ตอนหัวค่ำวันหนึ่ง พยาบาลเข้าไปนั่งกินข้าวพร้อมกันหมด รุ่งขึ้นไปตอน 4 ทุ่ม พยาบาล 4 คน พุบหลับ 2 แม่ผมต้องคาสายสวนปัสสาวะ ผมไปพบสายสวนหลุด ปัสสาวะเปียกโชก ผ้าปูที่นอน ไปบอกพยาบาลตอนหัวค่ำได้รับคำตอบว่า พรุ่งนี้เช้าจะสวนให้ใหม่ ผมได้เซ็นใบยินยอมรับการรักษาไว้ตั้งแต่วันแรก และไปเยี่ยมเกือบทุกวัน วันหนึ่งผมไปเยี่ยมตอนหัวค่ำและเดินทางต่อไปต่างจังหวัด พอไปถึงมีโทรศัพท์ตามผมให้กลับไปเซ็นใบยินยอมเพิ่ม เพราะแผลที่เท้ามีแก๊สกรีน ผมต้องไปเซ็นใบยินยอมให้ทำ “หัตถการ” เพิ่มเติม วันหนึ่งผมไปพบ

แม่ขณะทำแผล แม่ผมร้องอย่างวิวถูกเขียด ผมพยายาม “เจริญเมตตา” และ “ขันติ” อย่างหนัก ในที่สุดจึงย้ายไปอยู่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งแพทย์-พยาบาลที่นั่นให้บริการด้วย “หัวใจมนุษย์” อย่างแท้จริง จนแม่ผมตายจากไป

ดร.ดิเรก ชัยนาม บุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ไทยไม่ต้อง “เสียเอกราช” เป็น “ผู้แพ้” ในสงครามโลกครั้งที่สอง บั้นปลายชีวิตป่วยเข้าโรงพยาบาลมีแพทย์ผู้ใหญ่เขียนในหนังสืองานศพแล้วว่าได้ไปเยี่ยมท่านขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเห็นมือมีรอยฟกช้ำ สาเหตุเกิดจากพนักงานเปลเข็นรถไปชนผนังตึก ท่าน “เกรงใจ” ไม่ปรึกษาป่นหรือบอกใครเลย แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วย “เกรงกลัว” บุคลากรของโรงพยาบาลมากเพียงใด

ปัญหาคุณภาพการบริการเป็นปัญหาใหญ่โตมโหฬารเล่าเท่าไร จาระไนเท่าไร ก็ไม่หมด

เมื่อครั้งผมเป็นกรรมการในคณะกรรมการแพทย์ของประกันสังคม พบปัญหาเรื่องเรียนมากมาย คณะกรรมการแพทย์สมัยหนึ่งตัดสินใจ “เข้าข้าง” โรงพยาบาลอย่างน่าเกลียดต่อมามีความพยายามของคณะกรรมการแพทย์ผลักดันให้มีการเพิ่มค่าเหมาจ่ายรายหัวจนได้เพิ่มอย่างก้าวกระโดด กว่าร้อยละ 25 คุณหมออนุวัฒน์ คุชชิตกุล ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เสนอให้พัฒนาคุณภาพโดยสร้างระบบการสุ่มตรวจเวชระเบียนปรากฏว่าประธานบอกปิดทันที และต่อมากลกรรมการเสียงข้างมากก็คัดค้าน ทำให้ข้อเสนอดังกล่าวตกไป ค่าเหมาจ่ายรายหัวที่ได้เพิ่มอย่างก้าวกระโดดคราวนั้น เหตุผลหนึ่งที่ใช้อ้าง คือเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการ แต่พอมีผู้เสนอให้สร้างระบบตรวจสอบเพื่อยกระดับคุณภาพ กลับถูกปฏิเสธ โรงพยาบาลจึงได้ค่าเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มถึงร้อยละ 25 ฟรีๆ

3. ปัญหาการครอบงำของระบบทุนนิยม อำนาจนิยม และระบบราชการที่ล้าสมัยและขาดธรรมาภิบาล บริการสุขภาพเป็นบริการด้านมนุษยธรรม โดยบุคลากรวิชาชีพที่ต้องยึดหลักคุณธรรมจริยธรรมเป็นหลัก แต่ปัจจุบันระบบสุขภาพถูกครอบงำทั้งโดยระบบทุนนิยม อำนาจนิยมและระบบราชการที่ล้าสมัยและขาดธรรมาภิบาล

ระบบทุนนิยมนั้นส่งเสริมหลักการ “มือใครยาวสาวได้สาวเอา” อยู่แล้ว และทำให้มนุษย์เปลี่ยนจาก “ผู้มีปัญญาเลิศ” ตามชื่อวิทยาศาสตร์ คือ Homo sapiens กลายเป็น “สัตว์เศรษฐกิจ” (Homo economicus) ยิ่งระบบทุนนิยมของประเทศเรายังเป็นระบบ “ทุนนิยมสามัญ” จึงก่อความเลวร้ายได้ยิ่งกว่า ในอดีตวิชาชีฟแพทย์ถูกรอบงำโดยธุรกิจยาอยู่แล้ว ปัจจุบันยังถูกรอบงำซ้ำเติมด้วยธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ระบบคุณธรรม จริยธรรมวิชาชีพ ถูกสั่นคลอนรุนแรงยิ่งขึ้น ยิ่งองค์กรวิชาชีพอย่างแพทยสภายังถูก “ยึดกุม” โดย “แพทย์พาณิชย์” บางกลุ่มมาอย่างยาวนาน แพทยสภาเป็นองค์กรวิชาชีพซึ่งควรจะพัฒนาวิชาชีพเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน กลับกลายเป็นองค์กรที่ อ.นิธิ เอียวศรีวงศ์ เรียกว่า “สหภาพแพทย์เอกชน”

“แพทย์พาณิชย์” เหล่านี้ยังเข้าไปมีบทบาทสูงใน “คณะกรรมการ” ต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการการแพทย์ของประกันสังคม และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ทำให้แทนที่ “คณะกรรมการ” เหล่านั้นจะมุ่งปกป้องผลประโยชน์ของประชาชน ก็กลับกลายเป็นมุ่งหาประโยชน์ให้แก่กลุ่มพวกของตน ไม่ต้องพูดถึงระบบราชการที่มุ่งใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ขององค์กรมากกว่าประโยชน์ของประชาชน และยังคงตกอยู่ในสภาพตาม “กฎพาร์กินสัน” (Parkinson's Law) ซึ่งเดิมมีสาระหลักคือ “งานจะขยายออกไปให้เต็มตามเวลาที่กำหนดให้” (Work expands as to fill the time available for its completion.) แต่ปัจจุบัน นอกจากขยายเวลาทำงานให้เต็มตามเวลาที่ให้แล้ว ยังขยายหน่วยงาน ขยายคนทำงาน เพื่อเพิ่มมูลค่าขององค์กรหรือหน่วยงาน โดยไม่คำนึงว่าประชาชนจะได้ประโยชน์อย่างแท้จริงหรือไม่ เราจึงหวังให้กองการประกอบโรคศิลปะเข้าไปดูแลประชาชนคนเจ็บผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนมิให้ถูกละเลยหรือถูกเอารัดเอาเปรียบได้ยาก

กระทรวงสาธารณสุขเคยปล่อยให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นอิสระและประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง แทนที่จะพยายามกระจายอำนาจในลักษณะนี้เพิ่มขึ้น กลับหยุด เพราะต้องการให้โรงพยาบาลในสังกัดยังคง “อยู่ในอำนาจ”

หน่วยงานงาน สปสช. และ สสส. ซึ่งควรเป็นอิสระให้

สามารถบริหารงานเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศชาติและประชาชน ก็กลับเข้าไป “ยึดอำนาจ” เพื่อใช้อำนาจในการหาผลประโยชน์ แต่อ้างว่า “เพื่อเข้าไปแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบ” โดยไม่สนใจคำกล่าวของ ลอร์ด แอ็คตัน ซึ่งมีชื่อเสียงทั่วโลกว่า “อำนาจ ทำให้ฉ้อฉล อำนาจเบ็ดเสร็จทำให้ฉ้อฉลอย่างเบ็ดเสร็จ” (Power tends to corrupt, absolute power corrupts absolutely.)

ไม่มีใครปฏิเสธว่า นักการเมืองในระบบเลือกตั้งนั้นจำเป็นต้อง “หาเสียง” แต่ในประเทศเจริญแล้ว นักการเมืองจะพยายามหาเสียงเพื่อแก้ปัญหาของประเทศชาติและประชาชน แต่ในระบบประชาธิปไตยสามัญนั้น ระหว่างการหาทางแก้ปัญหา การหาเสียง และหาเงินนั้น เราย่อมมองเห็นอยู่ทุกเมื่อ เชื่อกันว่า พวกเขามุ่งหาอะไร บางคน “อิมจากทางอื่น” แล้วไม่มุ่งหาเงินจากตำแหน่งหน้าที่ แต่ปัญหาที่คือ “ปัญญา” จากคนเหล่านี้และจากคนแวดล้อมที่มุ่งประจบสอพลอ บ่อยครั้งที่กลายเป็น “อวิชชา” แทนที่จะแก้ปัญหา กลับสร้างหรือเพิ่มปัญหา เมื่อคิดจะทำอะไร ก็ไม่ศึกษาวิเคราะห์ให้ถ่องแท้ กระจงใจใช้อำนาจสั่งการ และคอยฟังแต่เสียงป้อยอ อุดหนุนกับเสียงคัดค้านหรือทักท้วง ในรอบหลายปีที่ผ่านมา เราจึงเห็นผลงานที่น่าชื่นชมจากนักการเมืองที่เข้ามามีอำนาจในระบบสุขภาพน้อยมาก

ข้อเสนอ

ในอดีต มีบุคลากรด้านสุขภาพจำนวนมากช่วยกันสร้างระบบและสร้างความสำเร็จไว้มากมาย เป็นหน้าที่ของเราจะต้องช่วยกันธำรงรักษาสิ่งที่ดีๆไว้ และช่วยกันพัฒนาระบบให้เจริญก้าวหน้า สามารถสร้างประโยชน์สุขให้แก่ประเทศชาติและประชาชนยิ่งขึ้นไป

สถานการณ์ปัจจุบันกำลังจะเกิดวิกฤต แพทย์ชนบทจะต้องตั้งสติ รวบรวมพลังกำลัง ร่วมกับภาคประชาชน และบุคลากรในวิชาชีพซึ่งส่วนใหญ่ยังห่วงแทนในเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพทำสิ่งต่อไปนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาให้เข้าใจถ่องแท้และลุกขึ้นต่อสู้คัดค้าน ชัดขวางใครก็ตามที่จะเข้ามาทำลายระบบที่พวกเราทำ



ไว้ดีแล้ว มิให้เกิดความเสียหายแก่ประเทศชาติและประชาชน

2. ผลักดันให้มีการกระจายอำนาจการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องเป็นอิสระอย่างโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ไม่ควรมีสถานะเป็นเสมือน “เมืองขึ้น” ของส่วนกลางอย่างในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขควรรับผิดชอบดูแลเฉพาะโรงพยาบาลในท้องที่ที่ไม่สามารถยื่นบนขาตนเองได้ ไม่ต้องกลัวว่าโรงพยาบาลจะเป็น “อิสระ” จนไม่ยอมสนองนโยบาย เพราะถึงอย่างไรก็ยังเป็นหน่วยงานของรัฐในรูปแบบที่เป็นอิสระมากกว่าเป็นส่วนราชการ คือเป็นองค์กรมหาชน ที่ยังต้องรับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล

การถ่ายโอนสถานีนอนมายให้ท้องถิ่น จะต้องเร่งรัดดำเนินการ ไม่ควร “หวงก้าง” อย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

3. ช่วยกันสร้างระบบบริการสุขภาพ “ด้วยหัวใจมนุษย์” อย่างแท้จริงให้เกิดขึ้นในประเทศของเราให้จงได้ อย่าปล่อยให้ “สัตว์เศรษฐกิจ” เข้ามาทำลาย

อดัม สมิท ผู้เขียนหนังสือ “ความมั่งคั่งของประชาชาติ” (The Wealth of Nations) ซึ่งเป็น “คัมภีร์ทุนนิยม” สร้างระบบการแข่งขันจาก “มือที่มองไม่เห็น” จนพัฒนามาเป็นระบบทุนนิยมในปัจจุบัน หนังสือของ อดัม สมิท เล่มนี้ตีพิมพ์ครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2319 หลังจากหนังสือได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง อดัม สมิท ทราบดีว่า ถ้ามีการแข่งขัน “ด้วยสัญชาตญาณ” เพื่อประโยชน์ของมนุษย์แต่ละคน จะทำให้สังคมอยู่ไม่ได้ และมนุษย์จะกลายเป็น “สัตว์เศรษฐกิจ” อดัม สมิท จึงเขียนหนังสือออกมาอีกเล่มหนึ่ง ชื่อ “ทฤษฎีว่าด้วยสำนึกทางศีลธรรม” (The Theory of Moral Sentiment) ซึ่งให้เห็นความสำคัญของระบบศีลธรรม นำเสียดายที่ทั่วโลกไม่สนใจหนังสือเล่มนี้นัก ทำให้ทุนนิยมกลายเป็นทุนนิยมสามานย์อยู่จนทุกวันนี้

เราจะปล่อยให้สถานการณ์เป็นเช่นนี้ต่อไปไม่ได้เพราะดังที่มหาตมา คานธี กล่าวไว้ว่า โลกมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับความต้องการอันจำเป็น (Needs) ของทุกคน แต่ไม่พอสำหรับความโลภ (Greeds) ของผู้คน

พวกเราไปดูโรงพยาบาลและกิจการของมูลนิธิคือจี้ที่ไว้หัวกันมานาน เราได้เห็นตัวอย่างดี ๆ ของ “บริการด้วย

หัวใจมนุษย์” อย่างแท้จริงมากมาย เราเห็นโรงพยาบาลที่จัดให้มีครัวสำหรับทำอาหารที่ผู้ป่วยมะเร็งเคยชอบที่สุดได้รับประทาน ถ้ามีญาติมาทำให้อีกก็เป็นภาระของญาติ แต่ถ้าญาติไม่มีเวลามาทำให้อีกก็มีอาสาสมัครทำให้ เพราะเขารู้ว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะเบื่ออาหารมาก และฟื้นตัวยาก จึงจำเป็นต้องหาทางให้ผู้ป่วย “เจริญอาหาร” แม้เล็กน้อยก็ยังดี ผู้ป่วยใกล้ตายที่อยากเห็นทะเลสักครั้งในชีวิตก่อนตาย เขาก็มีอาสาสมัครจัดการให้ได้ไปเห็นทะเลก่อนตาย ผู้ป่วยที่ผิดหวังไม่ได้แต่งงานเพราะพ่อแม่ขัดขวางจนฆ่าตัวตายและเจ็บหนักปางตาย ก่อนตายขอเข้าพิธีแต่งงานกับคนรัก เขาก็มีอาสาสมัครมารู้ความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย และจัดการให้ได้จนสมประสงค์ ฯลฯ

ขณะนี้หลักการบริการด้วยหัวใจมนุษย์เป็นนโยบายของโรงพยาบาลหลายแห่งแล้ว ขอให้ช่วยกันพัฒนาให้เจริญยิ่งขึ้นไป

4. ประเทศไทยมีความอุดมสมบูรณ์ และเรามีคนดี ๆ มากมายที่ช่วยสร้างความมั่งคั่งให้แก่ประเทศ เราจึงมีทรัพยากรและทรัพย์สินเงินทองมากพอ สามารถสร้างและขยายบริการในระดับอำเภอให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น ให้มีความจำเป็นต้องส่งต่อไปจังหวัดหรือกรุงเทพฯ น้อยที่สุด นอกจากนั้น ในระดับตำบลเราสามารถสร้าง “โรงพยาบาล” ที่มีแพทย์ประจำได้เหมือนชาติที่เจริญแล้วอย่างญี่ปุ่น มิใช่เป็น “โรงพยาบาลก่ามะลอ” อย่าง “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ในปัจจุบัน จะทำเช่นนี้ได้แน่นอนว่าจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนอย่างสมัยท่านอาจารย์เสม และจะต้อง “ชะลอ” การขยายโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่ มิให้เติบโตตามใจชอบอย่างในปัจจุบัน

5. ปัจจุบันได้หวนเปิดให้ประชาชนเลือกไปใช้บริการได้ทุกระดับโดยห้ามโรงพยาบาลถามว่า “ทำไมมาอีก” และประชาชนได้หวนไปรับบริการในโรงพยาบาลปีหนึ่งเฉลี่ย 13 ครั้ง โดยประชาชนจ่าย “เบี้ยประกัน” เพียงไม่ถึงร้อยละ 5 ของเงินเดือนเท่านั้น คนยากจนก็ต้อง “จ่ายสมทบ” เลย (กฎหมายกำหนดเพดานให้หักเงินเดือนได้ไม่เกินร้อยละ 6) ระบบข้อมูลผู้ป่วยก็ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมาก เราจะต้องพยายาม

พัฒนาให้ได้อย่างน้อยเท่าไต้หวัน

6. จะต้องปลดปล่อยวิชาชีพให้พ้นจากการครอบงำของ
ทั้งธุรกิจยาและธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนด้วยการยึดมั่นในพระ

ราโชวาทของ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม
พระบรมราชชนก บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยที่ว่า

ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์

ขอให้แพทย์ชนบททุกคนยึดมั่นในคำขวัญของชมรมแพทย์ชนบทที่เคยประกาศว่า “แพทย์ชนบท อุทิศตนที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง”
และขอให้ยึดถือคติในโคลงพระราชนิพนธ์ของล้นเกล้ารัชกาลที่ 5 บทที่ว่า

ความรู้คู่เปรียบด้วย	กำลัง ภายเฮย
สุจริตคือเกราะบัง	ศาสตร์พร้อม
ปัญญาประดุจดัง	อาวุธ
กุศลสติต่างโล่ป้อง	อาจแกล้าวกลางสนาม